



건강 관리 정보  
공개/추득 인가서  
AUTHORIZATION TO RELEASE/OBTAIN  
HEALTH CARE INFORMATION

의뢰인 이름	케이스 번호	지역 사무소
--------	--------	--------

정의

가정 및 지역 사회 봉사국(HCS)은 보건 사회부의 노화자 및 성인 서비스 행정 사무국의 한 부서입니다.

노화자 네트워크는 노화자 행정 사무국의 지역 기관들과 그 하청업자들로 이루어 집니다.

건강 관리 정보란 RCW 70.02에서 규정하는 것들(의료 진찰서, 치료 기록서, 처방서, 그리고 향상보고서를 포함, 이것들에 국한하는 것은 아님)과 RCW 71.05 하의 정신 건강 정보, RCW 71.24 하의 HIV에 대한 정보나 전염성 성병, 그리고 RCW 71.98A.150과 42 CFR Part 2 하의 마약이나 알코올 남용 치료에 관한 정보를 포함합니다.

사회 정보는 직장 이력, 친척 연락인의 이름, 생활 형편, 재정 정보, 그리고 자격의 결정과 서비스 계획을 도울수 있는 어떤 비의료 정보들과 같은 지역 사회와 관계에 속하는 어떤 정보를 말합니다.

제 1 항: 의뢰인이 이름 약자로 확인해 함

본인은 다음의 정보들이 HCS 또는 노화자 네트워크에서 받을 수 있는 서비스에 대해 나의 자격을 결정하는데 필요한 것임을 이해합니다.

본인은 나의 HCS 또는 노화자 네트워크 담당자에게 보사부 행정국과 다음의 건강 관리 제공기관 또는 제공자의 건강 관리 그리고/또는 사회 정보를 공개하고 추득할 수 있도록 인가합니다

이름	직업	전화 번호 (      )	해당되는 것에 표하세요 <input type="checkbox"/> 정신 건강 <input type="checkbox"/> 건강 관리 <input type="checkbox"/> HIV/ 에이즈/ 성병 <input type="checkbox"/> 마약/ 알코올 <input type="checkbox"/> 사회적
기관	주소		
이름	직업	전화 번호 (      )	<input type="checkbox"/> 정신 건강 <input type="checkbox"/> 건강 관리 <input type="checkbox"/> HIV/ 에이즈/ 성병 <input type="checkbox"/> 마약/ 알코올 <input type="checkbox"/> 사회적
기관	주소		
이름	직업	전화 번호 (      )	<input type="checkbox"/> 정신 건강 <input type="checkbox"/> 건강 관리 <input type="checkbox"/> HIV/ 에이즈/ 성병 <input type="checkbox"/> 마약/ 알코올 <input type="checkbox"/> 사회적
기관	주소		
이름	직업	전화 번호 (      )	<input type="checkbox"/> 정신 건강 <input type="checkbox"/> 건강 관리 <input type="checkbox"/> HIV/ 에이즈/ 성병 <input type="checkbox"/> 마약/ 알코올 <input type="checkbox"/> 사회적
기관	주소		
이름	직업	전화 번호 (      )	<input type="checkbox"/> 정신 건강 <input type="checkbox"/> 건강 관리 <input type="checkbox"/> HIV/ 에이즈/ 성병 <input type="checkbox"/> 마약/ 알코올 <input type="checkbox"/> 사회적
기관	주소		

제 2 항:( 해당되면 의뢰인이 이름 약자로 확인하여야 함 )

본인은 내가 퇴원할 때 적절한 서비스 계획이 개발되게 하기 위해 HCS 또는 노화자 네트워크의 담당자가 본인의 간호 회의에 참여할 것을 인가합니다. 본인은 또한 HCS 또는 노화자 네트워크 담당자가 본인의 메디케이드 자격을 결정하는데 필요하면 간호 시설로부터 본인의 재정 정보를 수집하도록 허락합니다. \_\_\_\_\_ 의뢰인 약자 확인

제 3 항:( 의뢰인이 이름 약자로 확인해 함 )

본인은 HCS 또는 노화자 네트워크 담당자가 다음의 본인의 건강 관리 정보를 어떤 개인 간호 제공자, 기관 제공자, 성인 흡연 제공자, 기숙 흡연 제공자, 또는 간호 기관에 공개하여 보사부/지역 연로자 사무국과의 계약하에 본인에게 서비스를 제공하게 할 것입니다.

\_\_\_\_\_ 건강 관리 정보      \_\_\_\_\_ 정신 건강 정보      \_\_\_\_\_ 사회적 정보  
 \_\_\_\_\_ HIV/ 에이즈/ 전염성 성병 정보      \_\_\_\_\_ 마약/ 알코올 정보

제 4 항:( 공개되는 정보를 받는 사람을 위함 )

의뢰인 서명	날짜
의뢰인 대변인 서명	날짜
HCS/AAA 네트워크 담당자 서명	날짜
HCS/AAA 네트워크 담당자 주소	

제 5 항:( 공개되는 정보를 받는 사람을 위함 )

마약과 알코올 남용 치료 정보:

이 정보는 연방정보 기밀성 규칙(42 CFR Part 2)에 의해 보호 받는 기록들로부터 귀하에게 밝히는 것입니다. 연방 규칙은 42 CFR Part 2에 의해 분명히 허락을 받지 않는 한 귀하가 이 정보를 더 이상 공개하는 것을 금지하고 있습니다. 의료 또는 다른 정보를 공개하도록 하는 일반적 인가로는 이런 목적에 충분하지 않습니다. 연방 규칙은 이 정보를 형사적 수사 또는 알코올 또는 마약 남용 환자 고발에 사용하는 것을 규제하고 있습니다.

HIV/ 에이즈 그리고 전염성 성병에 관계된 의료 정보:

이 정보는 법률에 의해 기밀성이 보호되는 기록으로부터 귀하에게 주어졌습니다. 주 법률은 귀하가 이 정보가 관련된 사람의 구체적 서면동의 또는 주 법률의 허락 없이 더 이상 공개하는 것을 금지하고 있습니다. 의료 또는 기타 정보 공개의 일반적 인가로서는 이런 목적에 충분하지 않습니다.

제 6 항: 추소

이 동의서는 공개을 요구하는 프로그램이 그것을 근거로 이미 결정되지 않은 경우에 한해서 언제든지 추소될 수 있습니다. 그 전에 추소되지 않았다면, 이 동의서는 의뢰인의 서명일로부터 일년 후에 종료될 것입니다. 이 인가로 반출될 건강 관리 정보는 이 인가서의 서명일에 존재하는 것과 그 날로부터 일년 안에 있게 될 것에 국한합니다.

본인, \_\_\_\_\_ 은 아래의 날짜로 정보의 공개를 추소하기를 원합니다.  
 ( 의뢰인 이름 )

의뢰인 서명	날짜
의뢰인 대변인 서명	날짜
HCS/AAA 네트워크 대변인 서명	날짜

## INSTRUCTIONS

**Client Name and Case Number:** Write the client's name and case number in the appropriate boxes.

**Local Office:** Write in the office reporting unit number in the appropriate box.

**Definitions:** Review the definitions with the client for understanding.

**Section 1:**

- Review the language with the client.
- Write in the name of the person(s) information is to be released to or obtained from.
- Check off the type of information to be released or obtained.
- Have the client place his/her initials on the line provided to indicate understanding of what information is to be released/obtained and from whom.

**Section 2:**

- Review and have the client initial this statement when a nursing facility requests a release of information for staff to:
  1. Attend a care conference;
  2. Gather financial information.

**Section 3:**

- Review and have the client initial this statement to indicate understanding that the information that he/she initials will be released to providers for services.
- Have the client initial the specific information to be released.

**Section 4:**

- Have the client or client representative sign (or mark) and date the form in the appropriate boxes.
- State the relationship the client representative or the witness is to the client.
- As the social worker or case manager, sign and date the form.
- Enter your address and telephone number in the appropriate boxes.

**Section 5:**

- Explain to the client that the form can be revoked at any time.
- If the client wishes to revoke a Release/Obtain Information form, review the language with the client.
- Print the client's name where it says, "I, \_\_\_\_\_ want to revoke this release of information as of the date below."
- Have the client sign and date the form in the appropriate boxes.
- State the relationship the client representative or the witness is to the client.